SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NECESIDAD PARA CENTRO DE SALUD Y CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS (CESSA)

I. DATOS GENERALES

1.1 Entidad Federativa _____ 1.2 Municipio: _____
1.3 Localidad: _____
1.4 Tipo de unidad: Actual: _____ Solicitada: _____
1.5 Nombre de la unidad _____ **CLUES:** _____
1.6 Tipo de acción requerido: _____

1.7 ¿Cuál es la cartera de servicios que se otorga o se pretende otorgar en la unidad médica?:

Atención médica
- [ ] Intervenciones básicas del CAUSES

Especialidades
- [ ] Estomatología
- [ ] Salud mental
- [ ] Ginecología
- [ ] Pediatría

Otras: _____

Áreas de apoyo
- [ ] Farmacia
- [ ] Telemedicina
- [ ] Laboratorio clínico
- [ ] Imagenología

1.8 De acuerdo al tipo de acción solicitado, proporcionar los datos correspondientes.

	Existentes	Nuevo/Adicional	Total
Consultorios (medicina general):			**0**
Superficie de construcción (m^2):			**0**
Superficie de contancto (m^2,primer nivel):			**0**
Medicos:			**0**
Enfermeras:			**0**
Consultas/consultorio/día			**0**

Años que tiene la unidad en operación: _____
Costo estimado para infraestructura ($): _____
¿Cuenta con terreno para la unidad? _____
Fecha de inicio programada _____

Costo estimado para equipamiento ($): _____
Superficie del terreno (m^2): _____
Fecha de término programada _____

Ubicación del terreno (dirección): _____
Servicios con los que cuenta el predio: (luz, agua, ...) _____

Indicar la(s) fuente(s) de financiamiento para el proyecto propuesto.
1 _____
2 _____
* En caso de contar con mas fuentes de financiamiento agregue tantas filas como sea necesario.

¿La Entidad Federativa tiene presupuestados recursos necesarios para la operación de la unidad? (SI / NO) _____

1.9 ¿Cuenta con proyecto arquitectónico? (SI / NO) _____ En caso afirmativo, anexarlo a esta solicitud.

1.10 ¿Cuál es la unidad médica más cercana con capacidad resolutiva para la atención de emergencias obtétricas y a qué distancia se encuentra de la localidad?:
_____

1.11. Describa las acciones a las cuales se destinaran los recursos.

II. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

2.1 Describa los principales motivos por los que se requiere el tipo de acción solicitado.

Aportar elementos que justifiquen la unidad.

2.2. ¿El tipo de acción solicitado, contribuye a los requerimientos para la acreditación de la unidad en lo referente a infraestructura? (SI / NO) _____

III. Descripción del programa médico arquitectónico

Servicio / Especialidad	Existente		Adicional / Nuevos		Total	
	cantidad	m^2	cantidad	m^2	cantidad	m^2
total						

*Expanda el cuadro, en número de filas, de acuerdo al tipo de unidades o áreas necesarias.

Nota: La informarción debe ser congruente con el numeral 1.8.

IV. DATOS POBLACIONALES

4.1 Población total del área de influencia (habitantes): _____
*Población para atención; de primer nivel o primaria: _____ Auxiliares de diagnóstico: _____
* Datos porpocionados para Centros de Salud con Servicios Ampliados CESSA

Declaro que la información contenida en este formato es veraz

4.2 Población sin seguridad social (habitantes): _____

4.3 ¿Cuenta con población indígena? (SI / NO): _____ ¿En qué porcentaje? _____

4.4 ¿Cuál el es grado de marginación de la población? (muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto): _____

4.5 Tiempo promedio de recorrido que comprende el área de incluencia "isocrona" (minutos) _____

V. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

5. Cuales son las 5 principales causas de Mortalidad en el área de influencia incluyendo materno-infantil.

	Causa CIE 10	Descripción	Tasa/1,000 hab
1			
2			
3			
4			
5			

Fuente: _____

Tasa de mortalidad materna/1,000 habitantes	
Tasa de mortalidad Infantil/1,000 habitantes	

5.2 Cuales son las 5 principales causas de Morbilidad en el área de influencia.

	Causa CIE 10	Descripción	Tasa/1,000 hab
1			
2			
3			
4			
5			

Fuente: _____

5.3 A que prioridades estatales y federales se pretende contribuír con la acción solicitada

1er lugar _____
2do lugar _____
3er lugar _____

VI. INFRAESTRUCTURA MÉDICA DEL ÁREA DE INFLUENCIA

6.1 Enliste las localidades del área de influencia y las unidades médicas actualmente existentes.

Municipio	Localidad	Población de la localidad	Población Sin seguridad Social	Tipo de unidad	No. de consultorios (medicina general o familiar)
	Total	0		Total	0

*Añadir mas renglones en caso necesario.

6.2 Delimite en un mapa la ubicación de las unidades médicas existentes en el área de influencia ,asi como, las principales vias de comunicación y condiciones hidrográficas y orográficas relevantes.

VII. DATOS DEL SOLICITANTE (Titular de Planeación)

Declaro que la información contenida en este formato es veráz

7.1 Solicitante: _____
7.2 Cargo: _____
7.3 Dirección: _____
7.4 Teléfono: _____
7.5 Correo electrónico: _____

7.6 Fecha de solicitud: _____ 7.7 Firma: _____
Titular de Planeación

Nota: De no contar con la información solicitada en el presente formato, ésta solicitud será rechazada.